

GOD TERMINALVÅRD I FINLAND

Rekommendationer för terminalvård baserade
på hörande av sakkunniga



Aira Pihlainen

God terminalvård i Finland. Rekommendationer för terminalvård
baserade på hörande av sakkunniga

Publikationer 2010:13

ISSN-L 1236-2050

ISSN 1797-9854 (online)

ISBN 879-952-00-3067-4 (pdf)

URN:ISBN:879-952-00-3067-4

<http://um.fi/URN:ISBN:879-952-00-3067-4>

Utgivare: Social- och hälsovårdsministeriet

Layout: Universitytryckeri, Helsinki 2010

SAMMANDRAG

GOD TERMINALVÅRD I FINLAND.

REKOMMENDATIONER FÖR TERMINALVÅRD BASERADE PÅ HÖRANDE AV SAKKUNNIGA

■ Våren 2009 förde social- och hälsovårdsministeriet en diskussion om utvecklingen av terminalvård i Finland. Därefter utredde man läget för sjukvårdsdistriktens och storstädernas planer för terminalvård och utarbetade rekommendationer för terminalvård. Sjukvårdsdistrikt, storstäder och vissa företrädare för det sociala området ombads ge ett utlåtande om rekommendationsförslaget.

Tre av fyra sjukvårdsdistrikt och storstäder hade utarbetat en plan om terminalvård. Storstädernas planer var med ett undantag gemensamma med sjukvårdsdistriktens planer.

I rekommendationerna för terminalvård framhävs en döende människas och patientens människovärde, humanitet och självbestämmanderätt. Inledandet av terminalvård baserar sig på en skriftlig vårdplan. God terminalvård förutsätter kunskande hos vårdpersonalen och upprätthållande av välbefinnande i arbetet. Terminalvård ordnas enligt patientens önskemål hemma eller på institution. Sjukvårdsdistrikten eller de lokala hälsovårdscentralerna har ansvaret för ordnandet av terminalvård.

Sjukvårdsdistrikten erbjuder hälsovårdscentraler hjälp med konsultation i fråga om specialiserad sjukvård. Specialiseringsutbildning inom terminalvård för sjukskötare och närvårdare ska inledas snabbt. Terminalvården bedöms kontinuerligt på kvalitativa grunder. Rekommendationerna för terminalvård ökar inte kostnaderna, men förutsätter på flera håll en omfördelning av kostnaderna.

Nyckelord: ansvar för ordnande, god terminalvård, konsultation, kunskande, rekommendationer

TIIVISTELMÄ

HYVÄ SAATTOHOITO SUOMESSA.

ASiantuntijakuulemiseen perustuvat saattohoitosuositukset

■ Keväällä 2009 käytiin sosiaali- ja terveysministeriössä keskustelu saattohoidon kehittämisestä Suomessa. Tämän jälkeen selvitettiin sairaanhoitopiirien ja suurten kaupunkien saattohoitosuunnitelmien tilanne ja laadittiin saattohoitosuositukset. Suositusesityksestä pyydettiin lausuntoa sairaanhoitopiireiltä, suurilta kaupungeilta ja joiltakin sosiaalialan edustajilta.

Kolme neljästä sairaanhoitopiiristä ja suuresta kaupungista oli laatinut saattohoitosuunnitelman. Suurten kaupunkien suunnitelmat olivat yhtä poikkeusta lukuunottamatta yhteisiä sairaanhoitopiirien kanssa.

Saattohoitosuosituksissa korostuu kuolevan ihmisen ja potilaan ihmisarvo, inhimillisuus ja itsemääräämisoikeus. Saattohoidon aloittaminen perustuu kirjalliseen hoitosuunnitelmaan. Hyvä saattohoito edellyttää hoitohenkilöstön osaamista ja työhyvinvoinnin ylläpitoa. Saattohoitoa järjestetään potilaan toivomuksen mukaan kotona tai laitoksissa. Sairaanhoitopiirit ja paikalliset terveyskeskukset ovat vastuussa saattohoidon järjestämisestä.

Sairaanhoitopiirit järjestävät terveyskeskuksille erikoissairaanhoidon konsultointiapua. Sairaanhoitajien ja lähihoitajien saattohoidon erikoistumiskoulutus aloitetaan kiireellisesti. Saattohoitoa arvioidaan jatkuvasti laadullisin perustein. Saattohoitosuositukset eivät lisää kustannuksia, mutta edellyttävät monin paikoin kustannusten kohdentamista uudelleen.

Asiasanat: hyvä saattohoito, järjestämisvastuu, konsultointi, osaaminen, suositukset

SUMMARY

GOOD TERMINAL CARE IN FINLAND.

TERMINAL CARE RECOMMENDATIONS BASED ON EXPERT CONSULTING

■ In spring 2009 a discussion was conducted at the Ministry of Social Affairs and Health on the need to develop terminal care in Finland. The next step after the situation regarding the hospital districts' and big cities' terminal care plans had been examined was to draw up recommendations for terminal care. The hospital districts, big cities and some representatives of the social service sector were asked for comments on the proposed recommendations.

Three out of four hospital districts and cities had drawn up a terminal care plan. The cities had joint plans with the relevant hospital districts, except for one.

The recommendations for terminal care emphasise the human dignity and right of self-determination of the dying individual. Starting the provision of terminal care is based on a written care plan. A good terminal care requires competence of the care staff and maintenance of their wellbeing at work. Terminal care is organised according to the patient's wish either in the patient's home or in an institution. The hospital districts and local health centres are responsible for organising terminal care.

The hospital districts organise consultation assistance in specialised medical care for the health centres. Specialisation training in terminal care for nurses and practical nurses should be started as soon as possible. Terminal care should be evaluated on a continuous basis using qualitative criteria. The recommendations for terminal care do not involve additional costs but they require reallocation of costs in some respects.

Key words: **competence, consultation, good terminal care, recommendations, responsibility for organising**

FÖRORD

■ Utgångspunkten för terminalvård är en människa med en sjukdom som leder till döden och en återstående livstid som beräknas vara kort. Terminalvård baserar sig på patientens människovärde och självbestämmanderätt samt en human vård. God terminalvård är en rättighet för alla människor. Den omfattar bl.a. att lindra den smärta och det lidande som en döende människa känner.

Framtagandet av rekommendationer för terminalvården sattes i gång genom ett medborgarinitiativ och en debatt i riksdagen. Beredningsfasen omfattade hörande av sakkunniga och utredning av sjukvårdsdistriktens och storstädernas planer för terminalvård. Många instanser uttryckte oro över den varierande kvaliteten på och ojämlikheten i terminalvården av döende människor. Alla sjukvårdsdistrikt har nödvändigtvis inte tagit fram någon plan för terminalvården. Utifrån utredningarna har det även framkommit brister i kompetensen hos de yrkesutbildade personerna.

Syftet med social- och hälsovårdsministeriets rekommendationer för terminalvård är att främja en god och jämställd terminalvård. Rekommendationerna för terminalvården berör vården av en döende människa, planeringen och ordnandet av vården samt de yrkesutbildade personernas kompetens. Genomförandet av god terminalvård stöds av regeringens proposition med förslag till hälso- och sjukvårdslag och i synnerhet av den skyldighet att lindra lidande som ingår i propositionen.

Rekommendationerna är avsedda att tillämpas på vårdpraxisen i alla enheter inom social- och hälsovården och på så sätt vara till nytta för vården av varje döende människa. Sjukvårdsdistriktet och hälsovårdscentralerna ska ansvara för de regionala planerna för terminalvård och tillämpningen av rekommendationerna. I fortsättningen kommer social- och hälsovårdsministeriet att följa situationen för de regionala planerna för terminalvård och ibruktagandet av rekommendationerna för terminalvård.

Jag tackar alla som varit med och utarbetat dessa rekommendationer.

Helsingfors, 3.6.2010

Omsorgsminister Paula Risikko

SISÄLLYS

1	Inledning.....	11
2	Nationella och internationella riktlinjer för terminalvård.....	13
	Etiska principer	13
	Terminalvård i författningarna	13
	Nationella kriterier för terminalvård	15
	Internationella riktlinjer för palliativ vård	16
3	God terminalvård är en rättighet för varje människa	18
4	Kunskap om terminalvård.....	21
5	Ordnanande av terminalvård inom social- och hälsovården.....	24
6	Planer för terminalvård i storstäderna och sjukvårdsdistrikten	28
7	Rekommendationer för terminalvård.....	31
8	Genomförande av rekommendationerna	33
	Inverkan på människorna	33
	Kostnadseffekter	34
	Respons på utlåtandena och god regional praxis.....	35
	Utvecklingsåtgärder som förutsätts av rekommendationerna.....	36
	Källor.....	38
	Bilagor	42

I INLEDNING

■ Syftet med rekommendationerna för terminalvård är att trygga att god terminalvård är en rättighet för varje döende människa. Med terminalvård avses vård och stöd i sjukdomens sista faser, före döden och därefter. Det centrala i terminalvården är att lindra människornas symptom och lidande. Utgångspunkten för vården är att patienten har en obotlig progressiv sjukdom för vilken det inte finns någon behandling som förbättrar prognosen eller att patienten vägrat behandling samt att den återstående livstiden beräknas vara kort. Terminalvården är oberoende av patientens diagnos.

En människa som är i behov av terminalvård kan bo hemma, i en hemlik inrättning eller i en offentlig eller privat social- och hälsovårdsinrättning. I denna rapport går en sådan människa oftast under benämningen patient, även om man syftar på alla människor som befinner sig i livets slutskede och som behöver omvårdnad, behandling och omsorg av yrkesutbildade personer inom social- och hälsovården.

Vid terminalvård får patienten en god grundbehandling, man svarar på de fysiska, psykiska, sociala, andliga och existentiella behoven, symptomen lindras och patientens anhöriga stöds. I Finland finns det hospice som specialiserat sig på terminalvård i Helsingfors, Tavastehus, Tammerfors och Åbo. I många sjukvårdsdistrikt har man även grundat enheter i anslutning till vårdinstitutionerna. Deras fokus ligger på att ordna terminalvård för patienterna inom deras region.

Cirka 15 000 patienter behöver årligen terminalvård i Finland. Terminalvårdens internationella historia går tillbaka till medlet av 1800-talet.¹ I Finland behöver årligen 200–300 000 patienter palliativ vård, dvs. vård som lindrar symptomen. Patienternas vårdvägar är olika och individuella i den palliativa vården. I första hand lindras patienternas symptom vid sidan om och som en förlängning av den kurativa behandlingen. Patientvården kan omfatta behandlings- och uppföljningsperioder av olika längd inom den specialiserade sjukvården, primärvården och socialvården.

Vid det expertmöte (4.3.2009) om terminalvård som social- och hälsovårdsministeriet ordnade granskades de nationella utvecklingslinjerna för terminalvården, kvaliteten på terminalvården, utbildningsbehovet hos de yrkesutbildade personerna inom hälso- och sjukvården och ordnandet av terminalvård. Den rapport som har utarbetats har kommenterats av de experter som deltog

¹ De första internationella uppgifterna om terminalvård härstammar från 1842, då Jeanne Garnier grundade ett hospice i Lyon i Frankrike. År 1846 grundade Barmhärtighetssystrarna ett hospice i Dublin. St. Joseph's Hospice grundades i London år 1905. Hospice-verksamheten började sprida sig på allvar under 1960-talet, då flera hospice grundades i Storbritannien och USA samt senare också i övriga länder. St. Christopher's Hospice, som är ett internationellt känt och erkänt vårdhem för döende människor, grundades i London år 1967. I Finland grundades det första hospicet år 1988 i Tammerfors. Lite senare samma år grundades ett annat hospice i Helsingfors. Enligt en publikation av Europarådet (2003) finns det 219 hospice i Storbritannien, 69 i Sverige och 64 i Tyskland.

i mötet (4.3.2009), ETENE:s medlemmar och suppleanter, enskilda experter samt social- och hälsovårdsministeriets tjänstemän. Finlands kommunförbund, sjukvårdsdistrikten och storstäderna samt kommunsektorns företrädare för Arbetsgruppen för reform av vård och omsorg dygnet runt för äldre personer ombads att ge ett utlåtande om rapportutkastet (11.2.2010). De erhållna utlåtandena och experternas synpunkter har beaktats i rapporten.

Denna rapport har skrivits för medborgarna, anhöriga och närstående, de yrkesutbildade personerna inom social- och hälsovården samt politiska förtroendemän och beslutsfattare i syfte att stödja och handleda planeringen, genomförandet, ordnandet och utvärderingen av god terminalvård.

Rapporten har utarbetats av generalsekreterare HvD Aira Pihlainen från Riksomfattande etiska delegationen inom social- och hälsovården ETENE och har kommenterats av direktör Eija Koivuranta och konsultativa tjänstemannen Päivi Voutilainen från social- och hälsovårdsministeriet. ETENE bad om planer för terminalvården av sjukvårdsdistrikten och storstäderna, och pol. mag. Heini Turkia har sammanställt en rapport över dessa. De riksomfattande rekommendationerna för terminalvård har utarbetats av en arbetsgrupp bestående av överläkare Juha Hänninen och överskötare Mirja-Sisko Anttonen från Terhohemmet, Harriet Finne-Soveri, som är chef för enheten för äldreservice vid THL och generalsekreterare Aira Pihlainen från ETENE.

Kvaliteten på terminalvården och mötet med döden har vid upprepade tillfällen varit på tapeten i media. Det finns få saker som får en människa att stanna upp på samma sätt som döden. Vården av en döende patient berör starkt de anhöriga och närstående. I de flesta fall kulminerar icke-önskade erfarenheter antingen i att en döende människas smärtor och lidanden inte lindras tillräckligt och får ett dåligt bemötande eller att de anhöriga och närstående upplever att de bemöts på ett dåligt sätt i samband med terminalvården av den anhörige. Å andra sidan syns dock också goda erfarenheter av terminalvård i media.²

2 Vid expertmötet 4.3.2009 behandlade redaktör Salonen medias informationsbehov och roll vad gäller terminalvård. Ett exempel på god terminalvård är Viimeinen taival (sv *Den sista färden*) av Kallioniemi i Ilta-Sanomat 3.4.2010.

2 NATIONELLA OCH INTERNATIONELLA RIKTLINJER FÖR TERMINALVÅRD

ETISKA PRINCIPER

Terminalvård är en verksamhet som grundar sig på värderingar. Dess etiska värden är god vård, respekt för människovärdet, självbestämmanderätt och rättvisa. Riksomfattande etiska delegationen inom social- och hälsovården ETENE, som verkar inom social- och hälsovårdsministeriet, har publicerat rekommendationer för gemensamma värdegrunder (2001), terminalvård (2003) och äldrevard (2008) inom hälso- och sjukvården. Inom terminalvården fästs särskild vikt vid en döende människa som inte själv kan bestämma om sin vård. Alla döende har rätt till god terminalvård. Det förutsätts att man förhandlar med patienten och att besluten om riktlinjerna för vården antecknas i vårdjournalen för att patientvården ska ändras till terminalvård. Till exempel uttrycket "äldre ska tillåtas en naturlig död" uttrycker vad vårdens slutskede för en svårt dement och multisjuk äldre person handlar om (ETENE 2008).³

I ETENE:s publikation *Etiska frågor inom hälso- och sjukvården i samband med död* (2001) konstateras det att Finland har goda förutsättningar för terminalvård. Publikationen understryker att patienternas önskemål om vården i det egna livets sista stunder ska uppmärksammas i allt större utsträckning. Inom utvecklingen av vården av en döende patient behövs ännu mer diskussioner, samarbete och information. Resurser ska riktas till terminalvård i hemmet. Instruktionerna för terminalvård fäster vikt vid kvaliteten på diskussionerna om terminalvård, uppfyllandet av patientens viljeyttring och arrangemangen för terminalvården. Arkiater Peltonen säger att bemötandet av en döende patient är prövostenen för humaniteten inom läkekonsten och den viktigaste kvalitetsmätaren för varje vårdenhets.

TERMINALVÅRD I FÖRFATTNINGARNA⁴

I Finland kan man anse att medicinalstyrelsens anvisningar om terminalvård till sjukvårdsinrättningarna från år 1982 ligger till grund för handledningen av terminalvården. Anvisningarna betonade humaniteten i terminalvården och att man ska undvika sådana behandlingsåtgärder som inte avsevärt inverkar på prognosen för sjukdomen. Den allmänna principen i anvisningarna var att patienten ska kunna leva genom terminalvårdfasen utan svåra symptom

3 Med uttrycket att man tillåter en naturlig död avser ETENE (2008) att man separat kommer överens om vårdriktlinjerna i vårdens slutskede av en minnessjuk eller multisjuk äldre. Exempelvis kan vårdriktlinjerna grunda sig på patientens skriftliga eller muntliga viljeyttring eller patientens åsikt om den bästa vårdlinjen. Om inte en sådan existerar ska man diskutera detta med patientens anhöriga och närstående eller intressebevakare. När man fattar beslut om vårdriktlinjerna ska man utreda riskerna och nyttan med vårdåtgärderna för patienten. När man fattar beslutet ska man avgöra ärenden som gäller t.ex. antibiotikavård, vätsketillförsel, näringstillförsel, sändande till special- eller intensivvård, stöd av patienten och smärtbehandling. Förhandlingsresultaten ska antecknas i patientens vårdjournal. Vid behov ska vårdriktlinjerna ses över på nytt. (Op. cit. 12–13, 21, Hänninen 2006.)

4 Kapitlet *Terminalvård i författningarna* grundar sig på Pahlmans publikationer och hans anförande vid expertmötet (4.3.2009).

eller smärtor, i en önskad miljö och omgiven av sina anhöriga och närstående. Patientens önskemål om terminalvården ska beaktas och patienten ska inte känna sig övergiven eller lämnas ensam om patienten inte själv hade önskat så. Anvisningarna innehöll ett separat omnämnande om terminalvård av barn. När det gäller valet av vårdplats underströks det att patienten ska ha rätt att välja mellan hem- och sjukhusvård. Dessutom ska den påfrestning som vården orsakar och de vårdande personernas möjligheter att klara av terminalvården beaktas i vårdlösningarna.

Inom terminalvården är de viktigaste internationella människorättskonventionerna Europarådets människorättskonvention (63/1999) och Europarådets konvention om mänskliga rättigheter och biomedicin (trädde i kraft 2009). De viktigaste nationella bestämmelserna är de grundläggande fri- och rättigheterna i Finlands grundlag (731/1999) och lagen om patientens ställning och rättigheter (785/1992), nedan patientlagen, lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården (559/1994), folkhälsolagen (66/1972) och lagen om specialiserad sjukvård (1062/1989). Människans autonomi och självbestämmanderätt samt individens integritet och respekten för människovärdet är centrala i de ovan nämnda konventionerna och författningarna. Varje patient har rätt till hälso- och sjukvård av hög kvalitet.

Patientlagen lyfter bland annat fram rätten till god hälso- och sjukvård, ett gott bemötande i egenskap av patient samt självbestämmande. Det krävs att patienten ger sitt samtycke för att vården ska vara laglig. Utgångspunkten är att patienten har rätt att vägra all vård. Patientens autonomi ska respekteras, speciellt om han eller hon vägrar en viss vård eller vårdåtgärd. En läkare har inte rätt att vårda en patient mot dennes vilja förutom med stöd av den särskilda befogenhet som ges i lag (Pahlman 2003).

Det finns inga bestämmelser om avslutande av den aktiva vården av en dödssjuk patient. Bestämmelserna i patientlagen om patientens rätt till god vård gäller för alla patienter. Inom terminalvården är det läkaren som ansvarar för vården, vårdinnehållet och vårdbesluten. Läkaren ska fatta dessa beslut i samförstånd med patienten. Detta betyder också att man ska respektera den vilja om den egna vården (viljeyttring) som patienten har uttryckt tidigare. Med viljeyttring avses patientens muntliga eller skriftliga viljeyttring, som blir aktuell då patienten själv inte längre kan ta ställning till sin egen vård (Pahlman 2003, 2004 och 2006.) Med viljeyttringen kan patienten fortsätta att utöva sin självbestämmanderätt ännu efter att han eller hon inte längre förmår att fatta beslut om sin vård på det sätt som avses i patientlagen. Det finns separata bestämmelser om situationer där patienten inte längre kan ta ställning till ett viktigt vårdbeslut. Beslutet om att inleda terminalvård är juridiskt viktigt. Vårdbesluten är juridiskt viktiga, vanliga eller mindre betydelsefulla. Indelningen utgår från hur djupt intrånget på patientens fysiska eller psykiska integritet är.

NATIONELLA KRITERIER FÖR TERMINALVÅRD

God medicinsk praxis-rekommendationen Kuolevan potilaan oireiden hoito, sv. Behandling av en döende patients symptom, (2008) styr den medicinska terminalvården. Där rekommenderas symptomatisk behandling av alla döende patienter i syfte att lindra de symptom och det lidande som orsakas av den nära förestående döden. I slutet av livet ska man beakta patientens psykologiska, sociala och andliga behov samt de behov som baserar sig på en viss världsåskådning. Den symptomatiska behandlingen ska granskas ur människovärde- och rättviseperspektiv. Skötseln av vården av en döende patient hör till alla professionella inom hälso- och sjukvården och alla läkare ska behärska principerna för vården. Under de sista levnadsveckorna lider patienterna ofta av bl.a. utmattning, svaghet, smärta, andnöd och depression. Symptomens förekomst, svårighetsgrad och störningsgrad ska utredas och den symptomatiska behandlingen och responsen på behandlingen ska utvärderas. Onödig medicinering ska lämnas bort från behandlingen av en döende patient. (<http://www.kaypahoito.fi>)

Kriterierna för god terminalvård enligt internationell och nationell kunskap ska vara etiskt hållbara och grunda sig på lagstiftningen.⁵ Planen för terminalvård av en patient grundar sig på de värderingar, mål, behov och i mån av möjlighet även de önskemål som patienten och de anhöriga har uttryckt. Beslutet om terminalvård ska fattas innan patienten flyttas till terminalvård. Ärendet ska diskuteras med patienten och även med de anhöriga och närstående, under förutsättning att patienten ger sitt tillstånd till detta. Vårdbesluten ska antecknas i patienthandlingarna.

En multiprofessionell arbetsgrupp ska producera de tjänster som planen förutsätter till patienten och de anhöriga. Frivilliga medarbetare kan komplettera den multiprofessionella arbetsgruppen. Arbetsgruppen ska utbildas kontinuerligt och träna på sina kliniska färdigheter. Den emotionella påfrestning som terminalvården medför ska beaktas i arbetskollektivet. Terminalvårdsinstitutionen och arbetsteamet ska förbinda sig till kvalitetsmålet för den kliniska verksamheten. Det centrala i terminalvården är att lindra smärtor och övriga symptom, hantera bieffekter av vården enligt riktlinjerna för god medicinsk praxis och tillämpa rekommendationen på ett systematiskt sätt och med tillräcklig kompetens. De anställda ska identifiera tecken och symptom på en nära förestående död, diskutera dessa med patienten och de anhöriga samt behandla patienten enligt sjukdomsfasen. Patientens psykiska symptom och psykologiska tillstånd ska behandlas och bedömas enligt nuvarande kunskap. Patienternas och de anhörigas sorg ska bedömas och lindras i mån av möjlighet. Även patientens och de anhörigas sociala, mentala, andliga, existentiella och kulturella behov ska bedömas. De ska också erbjudas hjälp i problemsituationer och få stöd efter behov.

5 Kriterierna för terminalvården grundar sig på de tankar som överläkare Hänninen från Terhoheemmet framförde vid expertmötet (4.3.2009). Han hade samlat information för sitt föredrag utifrån kriterierna för palliativ vård i Finland, USA, Storbritannien och Norge. Dessa kriterier är förenliga med riktlinjerna för god medicinsk praxis och målen för den palliativa utbildning som ordnas inom ramen för läkarutbildningen.

Kravet på god terminalvård hänför sig särskilt till cancer. Det finns ett behov av en nationell plan för cancervård, eftersom de stora åldersklasserna uppnår 60 års ålder, befolkningens livslängd förlängs, cancervården blir mer mångfaldig och kostnaderna ökar i samhället.⁶ Antalet personer som insjuknar i cancer beräknas växa, och det är möjligt att göra en relativt noggrann beräkning av antalet cancerfall år 2015. Behandlingsresultaten för cancer är internationellt sett goda i Finland och de har uppnåtts med mindre kostnader än i övriga länder. Cirka 60 procent av de personer som insjuknat i cancer är vid liv fem år efter diagnosen. Även om behandlingsresultaten utvecklar sig lika positivt som hittills är det uppenbart att åtminstone 10 000 personer fortfarande dör årligen i cancer år 2015. Merparten av de cancersjuka behöver palliativ vård under sjukdomstiden. En del behöver även terminalvård som lindrar smärtan och lidandet.

Cancerplanen (2010) behandlar ordnande av specialiserad sjukvård, samordning av primärvården med den specialiserade sjukvården, uppföljning av cancerpatienter, palliativ vård av patienterna och terminalvårdens tillräcklighet i varierande förhållanden. Förutom att ordna en vårdkedja ska man också trygga vårdkvaliteten när antalet patienter växer och vården blir allt mer specialiserad. Kvaliteten ska även fastställas ur patienternas synvinkel. Cancerorganisationerna understryker vikten av att man känner till vårdvägen noggrant vid planeringen av vården. Man känner i viss mån till patientens väg och vet att det finns mycket att förbättra i t.ex. uppföljningen och den palliativa vården. I framtiden är det möjligt att allt fler människor vill dö hemma.

INTERNATIONELLA RIKTLINJER FÖR PALLIATIV VÅRD

WHO gav rekommendationer för palliativ vård år 2002. Dessa understryker vård enligt smärtorna och symptomen, livet och döden som en naturlig process, människans psykosociala och andliga behov, symptomatisk behandling och stöd till de anhöriga.

Europarådets rekommendationer för palliativ vård behandlar ordnandet av vården, utbildningen och forskningen samt den palliativa vårdens tillstånd och historia i de europeiska länderna. Professor Holli har representerat Finland i den arbetsgrupp som utarbetat rekommendationen. I rekommendationen är de allmänna principerna för palliativ vård kontroll av patientens symptom samt psykiskt, andligt och emotionellt stöd till familjen och alla parter i dödssituationen. Ordandet av palliativ vård omfattar hemvården, vården av patienten i en specialiserad enhet, på ett dagsjukhus, på en öppenvårdsavdelning och i första hjälpen. Den palliativa vården ska huvudsakligen ordnas i hemmen. Om patienten dör på en inrättning ska vårdperioden vara kort. Den palliativa vården ska integreras i den nationella hälso- och sjukvården och specialprogrammen. Denna rekommendation har godkänts av 45 europeiska länder (Council of Europe 2003).

6 Generalsekreterare Vertio från Cancerföreningen i Finland behandlade Finlands nationella cancerplan vid expertmötet (4.3.2009).

I likhet med Europarådets rekommendationer (2003) understryker rapporten av Europaparlamentets utskott för miljö, folkhälsa och livsmedelssäkerhet ENVI (2007) att palliativa vårdtjänster ska erbjudas på sjukhus, hospice och i hemmen. Dessa ska ordnas som öppenvårdstjänster, dagvårdstjänster, palliativa vårdtjänster för barn och smärtbehandlingstjänster. Det primära i vården är mentalt och andligt stöd till patienten, hänsyn till behoven samt familjecentrering. Utöver detta är det viktigt att förebygga ohälsa bland vårdpersonalen och att författningarna och de nationella verksamhetsprogrammen för den palliativa vården och eutanasin är uppdaterade. ENVI:s rapport understryker humaniteten i den palliativa vården, styrning av de ekonomiska resurserna och utveckling av diagnostiken.

3 GOD TERMINALVÅRD ÄR EN RÄTTIGHET FÖR VARJE MÄNNISKA

God livskvalitet för en terminalvårdspatient uppstår genom att patienten får omsorg, känner sig trygg, deltar i de egna vårdlösningarna samt upplever att han eller hon bevarar sitt levnadssätt och människovärde. Utgångspunkten för terminalvården är att tillgodose en döende människas behov och önskemål samt att respektera patientens övertygelse. Genomförandet av terminalvården kräver samarbete och tillräckligt med specialutbildad och yrkeskunnig personal. Terminalvården börjar ofta då en människa övergår från den specialiserade sjukvården till primärvården. Beslutet om terminalvård kan vara mycket svårt för patienten, och därför ska samarbetet mellan vårdenheter vara friktionsfritt. Personaldimensioneringen för terminalvårdsenheter är en vårdare per bäddplats.

En döende människa ska vårdas på ett heltäckande sätt: ur en fysisk, psykisk, social, mental och andlig synvinkel. En viktig del av terminalvårdshelheten är att stödja de anhöriga och närstående samt att ge rådgivning och handledning i praktiska ärenden. Döende människor uppvisar många olika grundbehandlingsrelaterade fysiska symptom, och deras rörelse- och funktionsförmåga är ofta försvagad. Smärtan, tröttheten och utmattningen och bieffekterna av cancervården är det värsta fysiska lidandet. Det vanligaste psykiska lidandet är depression. Sociala lidanden beror på förändringar i växelverkan och isolering. Man kan förbereda en döende människa på att möta döden och stödja de anhöriga och närstående i sorgen och avskedsprocessen genom att diskutera de framtida händelserna. Man ska diskutera döden öppet och utan omsvep, men inte tvinga någon till en sådan diskussion. En döende människa känner sig ofta otrygg, rastlös, nedstämd, sorgsen, deprimerad och hjälplös. Det ska finnas tillräckligt med utrymme runt patienten, helst ett eget rum där patienten kan vara i lugn och ro med sina anhöriga och närstående. De anhöriga och närstående uppskattar en positiv och öppen atmosfär och vårdmiljö, där man kan uttrycka sina känslor fritt. Man ska ge tillräckligt med tid för de anhöriga och närstående att ta avsked. I vårdkollektivet ska man sträva efter en rofylld stämning. De anhöriga och närstående ska ges möjlighet att vara i kontakt med terminalvårdsavdelningen även efter patientens död (Anttonen 2009, ETENE 2003, Hänninen 2000, Kuuppelomäki 1996, Miettinen 2001, Paakkinen 2009).⁷

Själavårdsrelationen är en unik händelse som grundar sig på ärlighet, öppenhet, omvårdnad, skapande av en trygghetskänsla och kontinuitet. Hotet om döden och den existentiella smärtan väcker djupa frågor om livet. De andliga behoven kan indelas i fyra grupper: 1) ett behov av att skydda sig, då

⁷ Vid expertmötet 4.3.2009 behandlade överskötare Anttonen från Terhoheemmet god terminalvård vid hospice, medan verksamhetsledare Paakkinen från Andningsförbundet Heli gick igenom hur det är att vara anhörig under terminalvården av en närstående.

allt hotar att brisera och förstöras, 2) ett behov av att försona sig med sig själv, sina anhöriga, sina närstående och Gud, 3) ett behov av att hitta livets fullkomlighet och 4) ett behov av att nå livets uppfyllelse. Inom terminalvården ska man beakta olika kyrkors och religiösa och etniska gruppers sätt att ta hand om en döende eller en avliden person. En döende människas andliga behov ska utredas i början av terminalvårdsrelationen. Inom terminalvården är det viktigt att man vid behov kan inkalla en präst under de olika tiderna på dygnet (Aalto 2004, Sipola 2009).⁸

Terminalvården berör människor i alla åldrar. Ett barn eller en vuxen kan ha ett medfött tillstånd, en medfödd skada eller en obotlig sjukdom, för vilka det inte finns någon kurativ behandling. Dessa leder också oundvikligen till ett behov av terminalvård i något skede. Förutom cancersjukdomarna kommer även andningssjukdomarna att öka i framtiden till följd av skadliga levnadsvanor och en åldrande befolkning. Många sjukdomar i slutskedet av det mänskliga livet kräver god palliativ vård, t.ex. hjärtsvikt, en långt gången diabetes som orsakar en multiorganskada eller olika neurologiska sjukdomar. *Till följd av svårigheten att ge en prognos händer det ofta att man inte fattar beslut om terminalvård för en människa som lider av t.ex. hjärtsvikt eller en kronisk lungsjukdom.* I slutskedet av t.ex. en kroniskt obstruktiv lungsjukdom behövs dock terminalvård allt oftare, eftersom sjukdomen medför svåra symptom som försämrar livskvaliteten. Man får under inga som helst omständigheter skuldbelägga människor som lider av andningssjukdomar och är i behov av terminalvård.⁹

Terminalvården av barn är krävande, mångskiftande och aktiv; genom terminalvården kan man i bästa fall unna barnet ett bra slut på livet. Årligen dör 400–500 barn i Finland. Terminalvården av barn ska anpassas till det berörda barnets ålder. Barnet ska kunna leva ett maximalt vanligt liv under terminalvården. Barnen vill vara hemma så mycket och så länge som möjligt, leka, vara ute och träffa sina vänner. Vårdåtgärderna ska inte begränsa det normala livet. Barnets, familjens, de anhörigas och de närståendes krafter sätts på prov av en allvarlig sjukdom hos ett barn och vården. Det kan även vara mycket svårt för de yrkesutbildade personer som vårdar barnet att godkänna att sjukdomen inte kan botas. En del av god terminalvård är att stödja föräldrarna under terminalvården och efter barnets död (ETENE 2003, Sirkiä 2006).

En äldre person har rätt till en heltäckande terminalvård som är förenlig med vårdbehovet samt hans eller hennes livsvärderingar. De ålderstigna finländarna uppskattar att läkarna berättar öppet om diagnosen av en svår sjukdom. De vill delta i beslutsfattandet om vården i livets slutskede så länge som deras krafter tillåter. Ålderstigna människor som inte har cancer utan en annan kronisk sjukdom hamnar ofta utanför den palliativa vården. Det kan vara svårt att fatta beslut i livets slutskede för en människa som lider av en minnessjukdom om man inte känner till patientens åsikt på förhand. Därför

8 Sjukhuspastor Sipola från Helsingfors kyrkliga samfällighet (4.3.2009) gick igenom god självvård inom terminalvården ur den enskilde individens perspektiv.

9 Överläkare Hänninen från Terhohemmet och verksamhetsledare Paakkinen från Andningsförbundet Heli presenterade terminalvården av olika sjukdomar vid expertmötet (4.3.2009).

är det viktigt att lyssna på en minnessjuk äldre persons önskemål då han eller hon kan framföra dessa och respektera hans eller hennes viljeyttring. En minnessjuk äldre person kan även utse en ställföreträdande beslutsfattare i frågor som gäller viljeyttring eller ge en intressebevakningsfullmakt. Vårdkulturen varierar mellan olika länder. Det finns hospice som t.ex. specialiserat sig på behandling av människor med minnessjukdomar i USA, men inte i de europeiska länderna (ETENE 2008, Laakkonen, Pitkälä 2006).

Efter döden ska den avlidne behandlas respektfullt och vördnadsfullt. Lagen 459/1973 och förordningarna 948/1973 och 27/2004 innehåller bestämmelser om åtgärderna efter döden och konstaterande av död. En människas död kan konstateras av en legitimerad läkare eller en läkare med tillstånd. När det gäller bekräftelse av död konstateras bl.a. att en människa är död när samtliga hjärnfunktioner oåterkalleligt har upphört. När hjärtat slutat slå kan en människa konstateras vara död då sekundära dödstecken förekommer, kroppen har slitits sönder eller krossats, andningen och blodcirkulationen har upphört och blodcirkulationen inte kommer i gång trots att åtgärder vidtas. De krav som gäller för att konstatera död och göra i ordning en avliden person berör alla yrkesutbildade personer, oberoende av om döden sker hemma eller på en offentlig eller privat inrättning.

De mänskliga dragen, patientorienteringen och familjecentreringen i god terminalvård understryks parallellt av experterna vid expertmötet (4.3.2009) och forskningen om terminalvård. Vården ska anpassas efter värderingarna, de individuella behoven, önskemålen, förväntningarna och livssituationen hos döende människor i olika åldrar.

4 KUNSKAP OM TERMINALVÅRD

I Europaparlamentets publikation (2007) står det att det finns 60 läkare och 450 sjukvårdare som specialiserat sig på palliativ vård i Finland. I Finland behövs en konsultande läkare i palliativ vård per 850 allmänsjukhusplatser, en konsultande läkare i palliativ vård per 20 specialiserade terminalvårdssplatser, en konsultande läkare i palliativ vård för per 300 000 invånare (hemvård på allmännivå) och en konsultande läkare per 40 bäddplatser på ett cancersjukhus. På motsvarande sätt behövs en specialiserad vårdare per 300 allmänsjukhusplatser, en specialiserad skötare per 50 000 invånare och en specialiserad skötare per bäddplats på ett cancersjukhus.¹⁰

Europeiska föreningen för palliativ vård har preciserat ovan nämnda siffror (EAPC 2009 och 2010). Enligt dessa kriterier beräknas behovet av bäddplatser i terminalvården till 80–100 bäddplatser per miljon invånare samt personalbehovet till 1,2 vårdare och 0,15 läkare per bäddplats. En expertgrupp per 100 000 invånare rekommenderas för terminalvården.

Inom hälso- och sjukvården ska utbildning i palliativ vård riktas till yrkesutbildade personer för att utveckla deras grund- och specialkunskaper. Även de frivilliga medarbetarna är i behov av utbildning. Målet med utbildningen är tre kompetensnivåer (Council of Europe 2003.) Rapporten av ENVI-utskottet vid Europaparlamentet (2007) understryker utöver den allmänna utbildningen i palliativ vård även utbildning i pediatrik vård för läkarna och de yrkesutbildade personerna samt socialarbetarnas och psykologernas behov av kunskap om palliativ vård.

Europeiska föreningen för palliativ vård (EAPC) har utarbetat en rekommendation om en undervisningsplan för palliativ vård. Den behandlar palliativ vård, medicinering, smärta, neuropsykologiska och andra symptom, etik och lag, patient- och familjeorientering samt personalens förmåga till växelverkan. Över hälften av innehållet i utbildningen hänförs sig till smärtbehandling. Undervisningsplanen är avsedd för medicinsk utbildning (EAPC 2007).

I de nordiska länderna startade år 2003 en gemensam tvåårig medicinsk specialkompetensutbildning i palliativ vård. I Finland har 15 personer genomgått utbildningen. En professur i palliativ medicin har inrättats vid Tammerfors universitet (1999) och Åbo universitet (2005). Båda erbjuder undervisning i palliativ medicin.¹¹ Läkarförbundet (2007) har tagit fram en undervisningsplan för utbildning i palliativ vård, vilken grundar sig på europeiska rekommendationer och den samnordiska undervisningsplanen för palliativ vård. Målet för utbildningen är att ge läkarna en introduktion

¹⁰ Vid expertmötet (4.3.2009) gick överläkare Hänninen igenom det antal yrkesutbildade personer som behövs för att tillgodose terminalvårdbehovet i Finland.

¹¹ Professor Holli från Tammerfors universitet (4.3.2009).

i teoretiska kunskaper om palliativ vård och terminalvård genom en specialutbildning. Innehållet omfattar dessutom symptombaserad diagnostik, behärskande av behandlingsmetoderna, kunskap om de bakomliggande sjukdomarna och förmåga att sköta den nödvändiga växelverkan. En specialist som genomgått utbildningen verkar som företrädare för sin specialbransch och expert inom palliativ vård samt deltar i den undervisning och utveckling samt det forskningsarbetet som gäller palliativ vård. Målet med utbildningen är att uppnå en specialkompetensnivå i palliativ vård.¹² Utbildningen tar två år och innehåller en arbetsperiod på minst sex veckor inom den palliativa vården. Läkare från 30 olika specialområden har börjat denna utbildning.

I fråga om grundutbildning i terminalvård för läkare varierar undervisningsmängden, innehållet och genomförandet från universitet till universitet i Finland. I t.ex. Tammerfors används en integrerad undervisningsplan (Problem Based Learning). Den gör det möjligt att inkludera undervisning om palliativ medicin i grundutbildningen som en del av den övriga utbildningen på de olika årsnivåerna. Grundutbildningen för läkare fäster vikt vid bl.a. etiska, religiösa, samhälleliga, sociala och juridiska frågor som gäller vårdbeslut samt symptomlindrande behandling. Grundkunskaper om palliativ vård och specialiseringsstudier i palliativ vård (20 sv) har även planerats för grundutbildningen för den övriga vårdpersonalen i Tammerfors. Vid övriga universitet har den medicinska undervisningen inkluderats i undervisningen om specialområden, men praxisen tillämpas inte i hela Finland. Utbildningen i palliativ vård är i behov av systematisering, eftersom ansvaret för utbildningen för närvarande till stor del ligger på enskilda personer, hospice och organisationer. Multiprofessionell utbildning i terminalvård ordnas bl.a. av Suomen Palliatiivisen hoidon yhdistys, Suomen Palliatiivisen lääketieteen yhdistys och Föreningen för smärtbehandling i Finland. Företrädare för olika yrkesgrupper inom social- och hälsovården deltar i denna utbildning. Läkardagarna och de symposier som ordnats av olika branscher har innehållit sessioner om terminalvård. Internationella kongresser ger årligen en möjlighet att få den senaste kunskapen om palliativ vård och träffa branschkollegor.¹³

Målen i undervisningsplanen för sjukskötarna är kunskap som baserar sig på vårdvetenskapen samt en stark etisk och yrkesmässig förmåga att fatta beslut (UVM 2006). Flera finländska studier innehåller hänvisningar till kunskapen eller bristen på kunskap om terminalvård hos sjukskötarna och de övriga yrkesutbildade personerna inom hälso- och sjukvården (bl.a. Mölsä 1992, Jaroma 2000, Räisänen 2002 och Huhtinen 2005). Enligt Kuuppelomäki (2002) bedömde hälsovårdscentralernas sjukskötare (n=328) att smärtbehandlingen av döende patienter i det stora hela var god på deras avdelningar. Avdelningarna

12 Vid expertmötet (4.3.2009) presenterade överläkare Hänninen de tre olika kompetensnivåerna i palliativ vård, av vilka den högsta är C-nivån, som man uppnår genom att genomgå specialutbildning i palliativ vård. De andra kompetensnivåerna är A och B. A-nivån ska anslutas till grundutbildningen för varje läkare och sjukskötare. Grundutbildningen innehåller studier om principerna för palliativ vård. Kravet för B-nivån är en tillämpad kunskapsnivå som en yrkesutbildad person inom hälsovården ska behärska då han eller hon är i kontakt med patienter som får palliativ vård eller terminalvård i sitt arbete. Se även The Nordic Core Curriculum in Palliative Care (Smeding, Larsson 2004 och Council of Europe 2003 och Finlands läkarförbund, specialkompetens i palliativ medicin 2007 www.laakariliitto.fi/koulutus/erityispaitevyvydet.)

13 Dessa uppgifter baserar sig på föredraget av professor Holli från Tammerfors universitet (4.3.2009).

hade dock inte någon gemensamt överenskommen vårdpraxis för smärtbehandling. Av de läkare och skötare som deltog i enkäten upplevde cirka 10 procent att de behövde fortbildning i smärtbehandling. Utvecklingen av vårdarbetet för en döende patient är oenhetlig och bunden till säkerställandet av kvaliteten på vården vid vårdenheterna. Vårdenheterna behöver utbildning i smärtlindring för en döende patient, diversifiering av vårdmetoderna och hur man skapar en gemensam vårdpraxis.

Vid Birkalands yrkeshögskola ges lite undervisning om terminalvård i grundutbildningen inom hälsobranschen. Undervisningen i terminalvård har integrerats slumpmässigt i de olika studierna. Inom grundutbildningen kan studerandena fritt välja studier i terminalvård som ger tre studiepoäng. Årligen väljer drygt 20 studerande dessa valbara studier. Det är möjligt att utföra terminalvårdsstudier som ger 30 studiepoäng som specialiseringsstudier, men denna utbildning ordnas inte varje år. En utbildning i terminalvård som ger fem studiepoäng erbjuds som öppna yrkeshögskolestudier.¹⁴

Enkäten (2009) visar att utbildningen i terminalvård för sjukskötare och närvårdare varierar från läroanstalt till läroanstalt. I sin helhet är undervisningen ringa, och det saknas gemensamma nationella förfaringssätt och en gemensam praxis. Till exempel i grundutbildningen vid en yrkeshögskola är undervisningen i palliativ vård och terminalvård integrerad i den övriga undervisningen. Detta betyder en studieomfattning på några timmar och en halv studiepoäng. En terminalvårdutbildning som ger fyra studiepoäng ordnas som en öppen yrkeshögskoleutbildning. Utbildningsinnehållet utgörs av det bemötande och den hjälp som hänför sig till en döende människas sorg och död, stödet till de anhöriga och närstående samt terminalvård i olika vårdmiljöer. På motsvarande sätt innehåller den yrkesinriktade grundutbildningen för närvårdare några timmars undervisning och en studievecka som valbara studier i utbildningsstudierna. Palliativ vård och terminalvård har varit ett återkommande tema för de utbildningar som sjuksköterskeförbundet har ordnat under de senaste åren.¹⁵

En specialutbildning i palliativ vård för läkare har inletts i Finland, Norden och hela Europa under de senaste åren. Ifall utbildningen i palliativ vård för läkare fortsätter med nuvarande volym (30 läkare vartannat år) kommer behovet av läkare med specialkompetens i palliativ vård och terminalvård att tillgodoses om några år. De specialstudier i palliativ vård som planerats för vårdpersonalen och som ger 20 studiepoäng har ännu inte börjat i Tammerfors. Utbildningen i palliativ vård och terminalvård för vårdpersonalen är långt ifrån att uppfylla de nuvarande kraven. Dessutom bör behoven av kompletterande utbildning och fortbildning hos yrkesutbildade personer inom social- och hälsovården beaktas för att trygga kunskapen om terminalvård. Bristen på utbildning i terminalvård hos vårdpersonalen är oroande, eftersom en stor del av vårdpersonalens normala arbete består av att ge terminalvård.

14 Lektor Murtonen från Birkalands yrkeshögskola presenterade undervisningsinnehållet vid Birkalands yrkeshögskola (4.3.2009).

15 Informationen om utbildning i terminalvård inom hälso- och sjukvårdsbranschen för sjukskötare och närvårdare har inhämtats per e-post från några (3) utbildningsarrangörer (Pihlainen 2009, ETENE).

5 ORDNANDE AV TERMINALVÅRD INOM SOCIAL- OCH HÄLSOVÅRDEN

Enligt prognoserna kommer nästan hälften av européerna att dö i en kronisk sjukdom i framtiden. Till följd av detta är det uppenbart att det finns ett behov av palliativ vård (EAPC 2007). År 2001 dog knappt 50 000 människor i Finland, av vilka 75 procent dog på sjukhus. Cirka 1 000 patienter dog på hospice. I Finland behövs en hospiceplats per 15 000 invånare. Detta betyder att det finns ett behov av att skapa 350 nya hospiceplatser (Hänninen 2009).

Av de personer som dog i Finland år 2008 dog 17 procent hemma och 13 procent "någon annanstans", främst på service- och ålderdomshem. Av alla döda hade 77 procent fyllt 65 år, och det är uppenbart att en del av de människor som får omsorg dygnet runt vid socialvårdens verksamhetsenheter dör på sjukhus. Detta kan ha många effekter på invånarens sista stunder, såväl goda som dåliga. En indikator på en god kvalitet på döden är möjligheten att dö vid den enhet där man tillbringat de senaste månaderna av sitt liv.¹⁶ (Tabell 1).

Tabell 1. Andel döda (%) enligt åldersgrupp.

Åldersgrupp	Verksamhetsenheter inom hälso- och sjukvården (%)	Hem (%)	Övriga (inkl. servicehem, ålderdomshem) (%)
0–64-åringar	49	37	14
65–74-åringar	71	21	8
Personer som fyllt 75 år	75	10	16

Terminalvård ordnas inom social- och hälsovården. Den genomförs inom primärvården, på sjukhus för specialiserad sjukvård, ålderdomshem, institutioner för utvecklingsstörda, privata vårdenheter och hemma hos patienterna. I första hand produceras terminalvården av primärvården. Vid vårdinrättningarna kombineras terminalvården med den övriga vården inom hälso- och sjukvården. Detta har ökat den medicinska kunskapen och tillgången till vård inom terminalvården (Hänninen 2009, Vainio 2004).

I Egentliga Finland dör årligen cirka 4 000 personer, av vilka 15–20 procent dör på sjukvårdsdistriktets sjukhus. Ofta är det fråga om en plötslig sjukdom eller olycka som lett till döden, men den specialiserade sjukvården sköter även terminalvårdfasen av kroniska sjukdomar. Sjukvårdsdistriktets viktigaste uppgift är att skapa en funktionell helhet av den regionala specialiserade sjukvården, primärvården och socialvården. Specialuppgifterna inom terminalvården, dvs. handledning, stöd, utbildning, samordning, konsultation och inledning av vård utanför sjukhuset, är viktiga delar av sjukvårdsdistriktets uppgifter. Varje sjukvårdsdistrikt har ett behov av regional handledning och planering för terminalvården. Merparten av terminalvården sker någon annanstans än på sjukvårdsdistriktets sjukhus, t.ex. på hälsovårdscentralerna eller

¹⁶ Uppgifterna baserar sig på de uppgifter som konsultativa tjänstemannen Voutilainen presenterade vid expertmötet (4.3.2009).

privata vårdinrättningar. Gränsen mellan den specialiserade sjukvården och primärvården samt mellan den offentliga och privata hälso- och sjukvården kan skada genomförandet av en optimal terminalvård. I bästa fall lägger inte patienten märke till dessa gränser. Sjukhusens anestesiloger eller onkologer kan ge rådgivning i vården av en terminalvårdspatient såväl på plats som på distans. Sjukhuset ska ansvara för utbildningen av läkarna och vårdpersonalen vid hälsovårdscentralerna och de privata vårdinrättningarna inom sin region och ge möjlighet till "satellitarbete" på sjukhusen. Terminalvårdens vårdvägar ska beskrivas och verksamheten genomföras enligt beskrivningen. Vid sidan av den mänskliga omsorgen och växelverkan stöder även den nuvarande teknologin ordnandet av vården av en döende patient.¹⁷

Helsingfors hälsovårdscentralers långvårdssjukhus ordnar lång- och kortvarig sjukvård och terminalvård som är individuell, kompetent, rehabiliterande och som stöder funktionsförmågan hos svårt sjuka personer och personer med kroniska sjukdomar. I Helsingfors finns det fyra långvårdssjukhus, totalt 41 bäddavdelningar och 1 165 bäddplatser. Vid långvårdssjukhusen vårdas patienter i alla åldrar, av vilka majoriteten (75 procent) är över 75-åringar. Personalen uppgår till 846. Personaldimensioneringen på långvårdssjukhusen är relativt god, men den återkommande personalbristen är dock en utmaning. Årligen dör 550–600 patienter på Helsingfors långvårdssjukhus, av vilka cirka 80 procent bedöms genomgå terminalvårdfasen. Vid de externa kvalitetsrevisioner som utfördes 1998, 2001 och 2005 har man fäst speciell vikt vid genomförandet av god terminalvård.¹⁸

Professor Holli (4.3.2009) underströk att ansvaret för de människor som får symptomatisk terminalvård ska ligga på hemortens primärvård. Tack vare en fungerande patient-läkar- och patient-skötare-relation klarar sig patienterna relativt länge hemma. Vid behov ska patienten smidigt kunna komma till hälsovårdscentralens bäddavdelning. Det är inte ändamålsenligt att döende patienter blir kvar i den specialiserade sjukvården, men de ska ha tillgång till de tjänster som kräver specialkompetens för behandlingen av deras symptom. Vid specialistsjukhusen ska det finnas en enhet som ansvarar för planeringen och ordnandet av vården inom regionen. Den ansvariga läkaren och skötaren och övriga nätverk inom primärvården ska säkerställa att patienten överförs friktionsfritt från den specialiserade sjukvården till primärvården samt att överföringen av instruktionerna och flytten av patienten sker smidigt. Inom den specialiserade sjukvården behövs en konsultativ enhet som har specialiserat sig på terminalvård. Enheten ska ha läkare och skötare som innehar specialkompetens och specialanställda som t.ex. en socialarbetare, en psykolog, en sjukhuspastor och en näringsterapeut. På hemorterna är hospice ett alternativ till den institutionsvård som en terminalvårdspatient behöver.

Vid terminalvård i hemmet ligger ansvaret ofta på primärvården och man måste förlita sig på hemsjukvårdens och hemsjukhusets tjänster. Patientens

17 Vid mötet (4.3.2009) granskade Linden, som är chef för Egentliga Finlands sjukvårdsdistrikt, terminalvården ur de offentliga tjänsternas och den specialiserade sjukvårdens synvinkel.

18 Thoden, som är chef för långvården i Helsingfors stad, gick igenom terminalvården ur en storstads synvinkel (4.3.2009).

önskemål är utgångspunkten för terminalvård i hemmet och för att dö hemma. Fördelen med hemvård är att patienten har möjlighet att delta i familjens sysslor och vardag på ett naturligt sätt. För att genomföra terminalvård i hemmet behövs åtminstone en anhörig som deltar i vården av patienten. Ansvarspersonerna för terminalvården i hemmet ska fastställas klart och tydligt, och såväl patienten som de anhöriga ska vara på det klara med arrangemanget. Patienten och de anhöriga eller närstående ska kunna vara i kontakt med de personer som vårdar patienten dygnet runt. Patienten ska ha en flexibel möjlighet att vid behov flytta till institutionsvård oavsett tidpunkt på dygnet och var jourstället ligger. De anhöriga och närstående behöver handledning, uppmuntran, spörning och uppskattning för att orka sköta patienten hemma. Ofta är fysisk och psykisk trötthet hos de anhöriga ett hinder för eller en orsak till att terminalvård i hemmet avbryts. Frivilliga stödpersoner och medarbetare från församlingen kan hjälpa till med att stödja familjen. Terminalvården ska även genomföras i hemlika inrättningar som t.ex. i servicebostäder, på grupphem och ålderdomshem (ETENE 2003, Ahlström, Hänninen 2004).

Vid expertmötet (4.3.2009) behandlade Voutilainen socialvårdens möjligheter att genomföra terminalvård. Enligt henne är yrkesskicklighet alltid en förutsättning för att trygga en god döds kvalitet: enhetens anställda ska kunna stödja de boende när döden närmar sig. Det multiprofessionella teamets kunskap är en förutsättning för god terminalvård. Om detta inte kan säkerställas i socialvårdens verksamhetsenhet, ska de anställda ha möjlighet att konsultera experter. Även utvecklingen av expertisen ska riktas till dessa områden. Dessa åtgärder är nödvändiga för framtiden i ett samhälle där andelen äldre personer ökar allt snabbare. Målet med vård och omsorg dygnet runt är god livskvalitet för gamla människor och en god döds kvalitet inom terminalvården. Detta kan uppnås med en verkningsfull och högkvalitativ palliativ vård: genom att motverka och lindra smärta med förebyggande åtgärder, tidig identifiering av problemen och ändamålsenliga lösningar på dessa. God terminalvård, som är en del av den palliativa vården, är en verksamhet som styrs av den boendes behov, värderingar, kultur och önskemål, vilka har bedömts professionellt, samt god symptombehandling, förberedelse för den nära förestående döden och stöd till den boendes anhöriga.

Som helhet uppfattar många döende människor och patienter att sjukhuset är en säker plats att dö på. Detta trots att den symptomatiska behandlingen av patienterna varierar mellan sjukhusen och avdelningarna. En förutsättning för terminalvård vid hälso- och sjukvårdsinrättningarna är att det skapas en vårdmiljö som är lämplig för situationen, att vårdpersonalen har kunskap om terminalvård och att det är möjligt att konsultera den specialiserade sjukvården. När det gäller arbetsfördelningen inom terminalvården vid inrättningarna rekommenderas det att patienten får en personlig skötare. Det krävs att de anställda samarbetar för att den multiprofessionella arbetsgruppen ska kunna delta i vården av en terminalvårdspatient. Problemet med terminalvård på sjukhusen är att de anställda allt som oftast inte har tid att tillbringa tid med en döende människa, förutom när de vidtar nödvändiga vårdåtgärder.

Följaktligen är det inte förnuftigt eller ändamålsenligt att ha kvar en döende patient i den specialiserade sjukvården när man avslutat den aktiva behandlingen. Att flytta patienten till hälsovårdscentralens bäddavdelning eller en annan vårdplats avbryter å sin sida vårdrelationen på ett tråkigt sätt (Hänninen 2004, Vainio 2004).

Det ökande behovet av palliativ vård kräver även att man utvecklar terminalvården, ordnandet av vården och kompetensen hos de yrkesutbildade personerna. Det är viktigt att man lyssnar på en sjuk människas egen vilja när man planerar vården i livets slutskede. Sannolikt vill en allt större del av finländarna dö hemma. Därför är det viktigt att utveckla kommunernas hemsjukhus och sjukvård på ett sådant sätt att de kan ordna terminalvård hemma på ett ändamålsenligt sätt och utifrån patientens behov och önskemål. Fortfarande ordnas terminalvården huvudsakligen av social- och hälsovårdsinrättningar. Arbetsfördelningen ska fungera på ett sådant sätt att man säkrar en smidig och högkvalitativ terminalvårdväg för patienten vid de olika inrättningarna. Den offentliga och privata hälso- och sjukvården och delvis även socialvården, privata tjänsteproducenter, social- och hälsovårdsorganisationer samt religiösa samfund ska delta i ordnandet av terminalvården.

6 PLANER FÖR TERMINALVÅRD I STORSTÄDERNA OCH SJUKVÅRDS- DISTRIKTEN

År 2001 gjordes en utredning om situationen när det gäller planerna för terminalvård i sjukvårdsdistrikten, storstäderna och hälsovårdscentralerna på uppdrag av Riksomfattande etiska delegationen inom hälso- och sjukvården. En motsvarande enkät gjordes på nytt i sjukvårdsdistrikten och storstäderna år 2009.¹⁹

I samband med utredningen år 2001 frågade man om det behövs bestämmelser eller officiella instruktioner för terminalvården. De instruktioner för terminalvården som upprättats på regional nivå upplevdes ha haft en positiv inverkan på terminalvården. De centrala utvecklingsobjekten för terminalvården var förhandlingar om terminalvården, uppfyllande av viljeyttring, praktiska arrangemang för terminalvården, utbildningen av vårdpersonalen, arbetshandledning samt responssystem för terminalvården. Förhandlingar om terminalvård fördes inte på alla ställen och patientens viljeyttring tillämpades inte. Personalen önskade mer utbildning i terminalvård. Enligt utredningen satsades det inte tillräckligt på att förebygga ohälsa bland personalen. Responssystemen och säkerställandet av kvaliteten varierade från institution till institution (ETENE Toppinen 2001). Efter den utredning som gjordes år 2001 utarbetade ETENE en rekommendation för terminalvården och ordnade ett sommarseminarium om etiska frågor kring döden (ETENE 2003 och 2004).

År 2009 skickades en enkät till 20 sjukvårdsdistrikt och 20 storstäder. I enkäten bad man sjukvårdsdistrikten och storstäderna att skicka de befintliga planerna för terminalvård till ETENE. Svarsprocenten var 93. Hälften av sjukvårdsdistrikten (n=19) och storstäderna (n=18) hade en plan för terminalvård eller inrättningsspecifika instruktioner för terminalvården. Över två tredjedelar av de båda svarsgrupperna hade börjat utreda vårdkedjan inom den regionala terminalvården och lägga upp en plan för terminalvården. En fjärdedel av de svarande meddelade att de inte hade lagt upp någon plan för terminalvården.

Merparten av de planer för terminalvård som sjukvårdsdistrikten skickade omfattade hela sjukvårdsdistriktet. Två hade lagt upp en plan i samarbete med en storstad inom sin region och en hade inrättningsspecifika instruktioner för terminalvården. Tre storstäder använde sjukvårdsdistriktets plan för terminalvården och en storstad hade en stadsspecifik plan för terminalvården. Planerna för terminalvården grundade sig huvudsakligen på riktlinjerna för god medicinsk praxis, publikationer av ETENE och andra motsvarande instanser, lagen om patientens ställning och rättigheter och FN:s deklaration om den

¹⁹ Fil.mag. Heini Turkia, som är sekreterare med uppgiften som bisyssla vid ETENE, har sammanställt de uppgifter som ingår i sjukvårdsdistriktens och storstädernas planer för terminalvård och som insamlades år 2009. Kompendium, opublicerat.

döende människans rättigheter. Sjukvårdsdistriktens och storstädernas planer för terminalvård hade lagts upp i arbetsgrupper, som i huvudsak bestod av anställda inom den specialiserade sjukvården och primärvården. Majoriteten av medlemmarna i de arbetsgrupper som lagt upp planerna var företrädare för den medicinska vetenskapen.

Terminalvårdplanerna underströk patientens självbestämmanderätt och viljeyttring samt upprättandet av en intressefullmakt. Nästan alla planer behandlade beslutsfattande om terminalvård, förhandling om terminalvård med patienten och de anhöriga och närstående samt anteckning av beslut om terminalvård i patienthandlingarna. Planerna underströk att man ska tala tillräckligt om terminalvården med patienten och de anhöriga och närstående i tid och ge dem tillräckligt med information om sjukdomstillståndet. I planerna för terminalvård (n=13) betraktades god terminalvård som en heltäckande vård där patientens fysiska, psykiska, sociala och andliga behov beaktas på ett övergripande sätt. Betoningen på god terminalvård varierade dock i planerna för terminalvård. I vissa planer för terminalvård (n=4) låg tyngdpunkten klart och tydligt på behandlingen av de fysiska symptomen och i synnerhet smärtbehandlingen, som i de flesta fall grundade sig på riktlinjerna för god medicinsk praxis. En del planer för terminalvård betonade patientens psykiska, sociala och andliga behov, stödet till patienten, de anhöriga och närstående samt deras process för att komma över situationen. Planerna behandlade dessutom känslor som anknyter till döden, den multiprofessionella arbetsgruppen deltagande i vården av patienten samt en säker och lugn vårdmiljö.

I nästan alla planer för terminalvård betraktades stödet till de anhöriga och närstående som en avsevärd del av god terminalvård. Några planer underströk de anhörigas deltagande först i verksamheten efter döden. Planerna för terminalvård (n=11) lyfte fram vikten av att föra rofyllda samtal med de anhöriga. De samtal som förts med de anhöriga antecknades i patienthandlingarna.

Vikten av att utbilda och stödja vårdpersonalen betonades i planerna för terminalvård. Endast ett fåtal städer och sjukvårdsdistrikt hade dock antecknat arrangemang för utbildning av vårdpersonalen i planerna. Det fanns en önskan om att ordna utbildning i hur man möter döden, behandlar smärtor och övriga symptom samt hela terminalvårdsprocessen i allmänhet. Man önskade regional utbildning för att säkra ett obrutet informationsflöde, kontinuitet i vården och en uppdaterad vårdpersonal. Hospiceverksamheten ordnar utbildning i terminalvård för de yrkesutbildade personerna inom sin region.

I sjukvårdsdistrikten och storstäderna genomfördes terminalvården huvudsakligen på hälsovårdscentralernas bäddavdelningar, ålderdomshemmen och övriga vårdplatser eller hemma hos patienterna efter deras önskemål. I vissa städer låg ansvaret på terminalvården hos hemsjukhuset eller hemvården.

Allt som allt varierade tyngdpunkterna i planerna för terminalvård. Vissa planer innehöll detaljerade verksamhetsbeskrivningar av terminalvården och i vissa låg tyngdpunkten på de etiska principerna och kvalitetskriterierna. Endast i ett fåtal planer för terminalvård kombinerades de olika delområdena inom terminalvården på ett övergripande sätt. Ordlandet av god terminalvård

beskrevs som ett multiprofessionellt samarbete, som ordnas av offentliga och privata tjänsteproducenter. I de flesta fall hade planerna för terminalvård lagts upp av läkare. Planerna betonade vikten av utbildning och arbetshandledning, men planerna visade att man ordnar lite utbildning i terminalvård för personalen. Enkäten visar att vårdvägen för en terminalvårdspatient måste klarläggas, eftersom endast ett fåtal planer innehöll en detaljerad beskrivning av vårdvägen för patienterna. Hospiceverksamheten erbjöd konsultationshjälp och utbildning för social- och hälsovårdsinrättningarna inom sina regioner. Enkäten riktades till sjukvårdsdistrikten och storstäderna. I de flesta fall var planerna för terminalvård regionala, endast en storstad presenterade en egen plan.

7 REKOMMENDATIONER FÖR TERMINALVÅRD

Rekommendationerna för terminalvård understryker etiska och humana principer inom terminalvården samt lindring av människans smärta och lidanden. Att ge ett gott bemötande och upprätthålla förtroendet har även stor betydelse vid bemötandet av patientens anhöriga och närstående. Vid expertmötet (4.3.2009) samt i sjukvårdsdistriktens och storstädernas planer för terminalvård framkom ett behov av att identifiera och utveckla vårdvägen för terminalvårdspatienter. Detta är viktigt för vårdens kontinuitet och säkerställandet av kvaliteten. I utvecklingsarbetet ska det fästas särskild vikt vid den döende människans möjlighet att dö på önskat ställe eller där han eller hon lever eller vårdas i livets slutskede. Möjligheten att dö hemma ska förbättras för människor i olika åldrar och i synnerhet för barn som behöver terminalvård. Rekommendationerna för terminalvård bereddes av en arbetsgrupp. Därefter bad man om respons av deltagarna i expertmötet, Riksomfattande etiska delegationen inom social- och hälsovården, enskilda personer (bilaga 2) och sjukvårdsdistrikten, storstäderna och vissa företrädare för socialsektorn (bilaga 3).

God terminalvård förutsätter att följande rekommendationer följs i vården av en döende patient:

- 1 *Grunden för terminalvården är att respektera patientens människovärde och självbestämmanderätt.*
- 2 *Utgångspunkten för terminalvården är en människa som lider av en sjukdom som leder till döden. Terminalvården ska inledas då människan är nära döden. Man ska diskutera riktlinjerna för vården med patienten och även med de anhöriga, under förutsättning att patienten samtycker till detta. De avtalade ärendena ska antecknas i vårdplanen för patienten.*
- 3 *Den behandlande läkaren ansvarar för vårdbesluten. Man ska även utse de personer som ansvarar för terminalvården under olika tider på dygnet. Vårdens kontinuitet ska säkerställas och vården ska utvärderas oavbrutet. Vårdbesluten ska grunda sig på medicinska och vårdvetenskapliga fakta, patientens och de anhörigas önskemål samt behoven. Terminalvården ska genomföras som ett samarbete mellan patienten, de anhöriga och den multiprofessionella arbetsgruppen.*

- 4 *Läkaren och skötarna ska genomgå utbildning i terminalvård och ge rådgivning och annan hjälp under olika tider på dygnet. Den övriga personalen och de frivilliga medarbetarna kompletterar för sin del den multiprofessionella arbetsgruppen. Man ska erbjuda arbetsgruppen regelbunden fortbildning i terminalvård, arbetshandledning och vid behov en diskussion om terminalvårdssituationen i efterhand.*
- 5 *Kompetensområdena inom terminalvård är en förmåga att bedöma, hantera och tillämpa information på ett systematiskt sätt och med tillräckliga färdigheter:

för att sköta lidandet och de symptom som det medför,

för psykosociala, fysiska, mentala, andliga, existentiella och kulturella behov och önskemål, för förståelse och beaktande av dessa i planeringen och genomförande av vården,

för att identifiera tecken på en nära förestående död och dödsstunden och för stödet till de anhöriga efter patientens död.*
- 6 *Den vårdinrättning som ordnar terminalvården förbinder sig till patientens behov och önskemål, god kvalitet i verksamheten och tillämpning av riktlinjerna för god medicinsk praxis.*
- 7 *Terminalvården ska genomföras utifrån patientens behov och önskemål hemma, på servicehemmen, ålderdomshemmen och i övriga boendeenheter, på hälsovårdscentralernas och sjukhusens bäddavdelningar samt inom hospiceverksamheten. Den specialiserade sjukvården ansvarar för terminalvården av barn.*
- 8 *Sjukvårdsdistrikten och hälsovårdscentralerna är ansvariga för att ordna och genomföra en jämlik och god vård av terminalvårdspatienter. I mån av möjlighet ska terminalvårdspatienten erbjudas terminalvårdstjänster där han eller hon vårdas eller lever och bor. De anhörigas och närståendes möjlighet att delta i vårdens slutskede ska säkerställas utifrån patientens önskemål.*
- 9 *En förutsättning för att känsligheten och intuitionen ska bevaras är god arbetshälsa hos den vårdpersonal som utför terminalvårdsarbetet. Dessa egenskaper ska stödjas och utvecklas.*
- 10 *Genomförandet av rekommendationerna främjas genom att man för en diskussion om vikten av god terminalvård när döden närmar sig för patienten.*

8 GENOMFÖRANDE AV REKOMMENDATIONERNA

INVERKAN PÅ MÄNNISKORNA

Syftet med rekommendationerna är att öka respekten för människovärdet och utöka självbestämmanderätten samt en enhetlig och jämlik god vård av alla medborgare i livets slutskede. Rekommendationsförslaget om metodisk verksamhet och deltagande av patienterna i planeringen utökar för sin del självbestämmanderätten och människornas livskontroll.

De anhöriga till en döende människa ska ha möjlighet att delta i terminalvården av deras närstående, dock utifrån deras egna utgångspunkter och möjligheter. En förutsättning för att de anhöriga ska delta i vården är att de yrkesutbildade personerna börjar tillämpa familjenära handlingssätt.

Kunskap hos social- och hälsovårdspersonalens personal främjar homogenitet och likställdhet inom patientvården. Detta förutsätter att det ordnas grundutbildning och fortbildning i terminalvård för yrkesutbildade personer. Utbildningen ska omfatta alla yrkesutbildade personer som arbetar inom terminalvården. En förutsättning för terminalvård som grundar sig på fakta är att man värdesätter uppdatering av ny och aktuell information i utvecklingen, utbildningen och verksamhetspraxisen i anknytning till de yrkesutbildade personernas yrke. Även nya yrkesutbildade personer och frivilliga medarbetare ska få en introduktion i terminalvård. Utbildningsbehovet och ordnandet av utbildning ska bedömas regionalt och lokalt. Sjukvårdsdistrikten ansvarar för ordnandet av regional utbildning.

God terminalvård förutsätter att sjukvårdsdistrikten eller storstäderna planerar terminalvården systematiskt och regionalt sett ändamålsenligt samt att de kommer överens om en tydlig ansvars- och arbetsfördelning. *Med tanke på vårdens kontinuitet är det viktigt att vårdkedjan mellan den specialiserade sjukvården och primärvården är tydlig och att man avtalat om konsultationspraxisen så att det är möjligt att genomföra terminalvård i hemmet eller i en offentlig eller privat social- och hälsovårdsinrättning. Särskilt informationsflödet mellan olika aktörer ska planeras så att informationen om terminalvårdsbeslut överförs från en behandlande enhet till en annan.*

Genomförandet av rekommendationerna för terminalvården ska främjas genom att ordna olika diskussionsmöten och kurser där man behandlar rättigheterna för en döende människa och etiska frågor som rör terminalvård. Utifrån den mottagna responsen ska social- och hälsovårdsministeriet desutom bedöma behovet av andra rekommendationer och instruktioner om vården av en döende människa.

KOSTNADSEFFEKTER

Enligt lagen om patientens ställning och rättigheter (785/1992) har varje patient rätt till hälso- och sjukvård av god kvalitet och ett gott bemötande. Patientens vård ska ordnas så att människovärdet inte kränks och så att hans eller hennes övertygelse och integritet respekteras. Patientens modersmål, individuella behov och kultur ska i mån av möjlighet beaktas i vården och bemötandet av patienten. På motsvarande sätt förutsätter lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården (812/2000) god betjäning och gott bemötande av klienten och att klientens önskemål, åsikt, fördel och individuella behov beaktas i verksamheten.

Enligt folkhälsolagen (66/1972) ska kommunen eller kommunsammanslutningen ordna sjukvård för invånarna, till vilken hänförs av läkare given eller övervakad vård. Enligt lagen om specialiserad sjukvård (1062/1989) ska sjukvårdsdistriktet inom sitt område koordinera de specialiserade sjukvårdstjänsterna samt i samarbete med hälsovårdscentralerna planera och utveckla den specialiserade sjukvården så att folkhälsoarbetet och den specialiserade sjukvården bildar en funktionell helhet. Sjukvårdsdistrikten ska tillhandahålla hälsovårdscentralerna inom sitt område sådana till den specialiserade sjukvården hörande tjänster som det inte är ändamålsenligt att hälsovårdscentralerna producerar. Sjukvårdsdistriktet ansvarar även för utvecklingen, handledningen och kvalitetskontrollen av specialtjänsterna samt fortbildningen av de yrkesutbildade personerna. Enligt socialvårdslagen (710/1982) ska kommunen sörja för att ordna socialtjänster för sina invånare.

I skyldigheten att verkställa de ovan nämnda bestämmelserna ingår att omsätta de rekommendationer för terminalvård som presenterats i denna rapport i praktiken. Rekommendationerna innehåller inga nya skyldigheter för kommunerna eller kommunsammanslutningarna. Sjukvårdsdistrikten ska inkludera ordnandet av regional terminalvård i sina planer för terminalvård. Det ska fästas särskild vikt vid planeringen av konsultationen mellan den specialiserade sjukvården och primärvården samt den interna arbetsfördelningen inom terminalvården. Man ska även bedöma de yrkesutbildade personernas utbildningsbehov i planerna för terminalvård när man ordnar terminalvård enligt rekommendationerna. Sannolikt kommer terminalvården att öka hemma hos döende patienter eller i hemlika inrättningar, vilket förutsätter att man omfördelar resurserna och ökar samarbetet mellan den specialiserade sjukvården och hälsovårdscentralerna.

De kostnader som orsakas av sjukvårdsdistriktens och storstädernas terminalvård har inte följts upp som separata verksamheter, utan de ingår i inrättningarnas totala utgifter. I sin helhet bedömer man att en verksamhet enligt rekommendationerna för terminalvård inte ökar kostnaderna märkbart.

RESPONS PÅ UTLÅTANDENA OCH GOD REGIONAL PRAXIS

Sjukvårdsdistrikten och storstäderna (2010) gav ett mycket positivt utlåtande om de föreslagna rekommendationerna för terminalvård och såg dessa som viktiga. De ansåg att de nationella rekommendationerna främjar en vårdpraxis som regionalt sett är enhetlig och jämlik. I utlåtandena underströks utbildningsbehovet för yrkesutbildade personer, regionalt samarbete och säkerställande av kvaliteten inom terminalvården. Sjukvårdsdistrikten och storstäderna bedömde att en reform av verksamheten till en början kan öka kostnaderna med anledning av t.ex. de personliga skötare som ska vara tillgängliga dygnet runt för terminalvård i hemmet eller fortbildningen av personalen, men framöver minskar en välorganiserad terminalvård antagligen totalkostnaderna. I utlåtandena presenterades även god praxis inom terminalvården och regionala utvecklingsåtgärder.

Enligt utlåtandena har man redan utvecklat terminalvården och skapat goda förfaringsätt på basis av riktlinjerna för god medicinsk praxis. Som ett samarbete mellan socialväsendet och hälso- och sjukvårdsväsendet har man t.ex. skapat en avdelning med 25 platser med inriktning på terminalvård och även gett utbildning till personalen för deras uppgifter. Genom den regionala centraliseringen har man uppnått en tillräcklig kunskap i terminalvård och konsultationshjälp som är tillgänglig dygnet runt bl.a. vid frågor som gäller smärtbehandling. Dessutom har man säkerställt att de terminalvårdspatienter som är i hemvård har möjlighet att flytta direkt till terminalvårdsavdelningen vid behov. Det nämns även att dimensioneringen av personalen inom terminalvården och kunskapen redan nu är förenlig med de föreslagna rekommendationerna. Till exempel på området i fråga finns det 10–15 skötare som fått en introduktion i terminalvård. Man har också föreslagit att det inleds en utbildning i terminalvård på specialiseringsnivå vid yrkeshögskolan i området. En läkare som innehar specialkompetens i palliativ vård tjänstgör även inom social- och hälsoväsendet. I området i fråga har det även inletts ett utvecklingsprojekt för intensifierad terminalvård i hemmet.

Behovet av att ge utbildning till vårdpersonalen lyftes fram flera gånger i utlåtandena om rekommendationerna för terminalvård. I dessa underströks att skötarna, utöver att behärska vårdåtgärderna, ska kunna bemöta en döende patient som en mänsklig människa. För detta behövs erfarenhet och god yrkesskicklighet. Det fanns också en önskan om att införa en studiehelhet som är speciellt anpassad för terminalvård som en del av grundutbildningen. Dessutom önskade man att det fanns en möjlighet att öka kunskapen via en specialiseringsutbildning och fortbildning. Ett önskemål på god praxis var att utbildningen skulle ordnas som delprestationer. På så sätt skulle studierna inte ta för lång tid på en gång.

Som helhet förutsätter ordnandet av god vård att sjukvårdsdistrikten och primärvården samarbetar tätt och bereder olika ärenden tillsammans. Problemet för de stora sjukvårdsdistrikten kan vara att planerna har glidit ifrån det praktiska arbetet. Till följd av detta kunde planerna för terminalvård vara

stadsspecifika i en del större städer. Det är dock mycket viktigt att sjukvårdsdistrikten och hälsovårdscentralerna samarbetar i planeringen av vårdkedjan för terminalvårdspatienterna.

Utlåtandena understryker att man ska utnyttja hospiceverksamhetens kunskaper i ordnandet och utvecklingen av vården inom deras region. Genomförandet av terminalvården i de befintliga organisationerna inom social- och hälsovården anses som ett bättre alternativ än att bygga nya hospice. Framtidens terminalvård är allt mer skraddarsydd för patienten, metodisk och högkvalitativ.

I ett sjukvårdsdistrikt upplever man att terminalvård i hemmet inte är realistiskt till följd av bristen på skötare. Även ett annat sjukvårdsdistrikt understryker att terminalvård i hemmet förutsätter en attitydförändring hos personalen samt kompetens och djärvhet hos läkarna. Därför ska man öka möjligheten att ordna terminalvård för de enheter för effektiviserad öppenvård som verkar i anslutning till hälsocentralsjukhusen.

I utlåtandena om rekommendationerna för terminalvården framförde sjukvårdsdistrikten och storstäderna bl.a. en önskan om ett konkret papper (ett formulär) för att bedöma personalens kunskaper om terminalvård. Man önskade också detaljerade instruktioner om hur man ska bemöta och göra i ordning en avliden person.

UTVECKLINGSÅTGÄRDER SOM FÖRUTSÄTTTS AV REKOMMENDATIONERNA

Tack vare de instruktioner som Medicinalstyrelsen gav på 1980-talet och bl.a. den övriga handledningen och de andra utvecklingsåtgärderna har kvaliteten på terminalvården förbättrats i Finland. I de flesta sjukvårdsdistrikt, storstäder eller socialvårdens samt hälso- och sjukvårdens inrättningar finns det planer för terminalvård eller inrättningsspecifika instruktioner. Trots detta saknar en fjärdedel planer och instruktioner. Det finns kvalitetsbrister i genomförandet av terminalvården, vilket även framgår av enstaka personers tankar i tidningar, intervjuer och kontakter. För tillfället ser det inte ut som om de befintliga planerna till alla delar garanterar god terminalvård.

De viktigaste utvecklingsåtgärderna för att genomföra rekommendationerna för terminalvård

- 1 De sjukvårdsdistrikt som inte ännu har en plan för terminalvården ska lägga upp en sådan. Även de andra sjukvårdsdistrikten har ett ansvar att uppdatera planen för terminalvård inom sin region i samarbete med primärvården och socialvården och i enlighet med rekommendationerna. Primärvårdens och den specialiserade sjukvårdens ansvarsförhållanden inom terminalvården har antecknats i terminalvårdplanen.*
- 2 Primärvården och den inrättning som genomför terminalvården ansvarar för genomförandet av en god terminalvård och dess kvalitet inom sin region.*

- 3 *Den specialiserade sjukvården stöder hälsovårdscentralerna inom sin region genom att erbjuda konsultationshjälp dygnet runt bl.a. till enheterna för åldersvård, särskilt i frågor som gäller smärtbehandling av terminalvårdspatienter.*
- 4 *Sjukvårdsdistrikten klarlägger patienternas terminalvårdsväg. Särskild vikt fästes vid terminalvården av människor i olika åldrar samt möjligheterna att ordna terminalvård.*
- 5 *Behovet av grundutbildning och fortbildning i terminalvård för personalen inom hälso- och sjukvården säkerställs runt om i Finland. En specialiseringsutbildning i palliativ vård inleds för sjukskötarna och närvårdarna.*

- Aalto, K. (2004) Sielunhoito saattokodeissa. I verket Vainio A. och Hietanen P. (red.) Palliatiivinen hoito, tukihoito, saattohoito, oireenmukainen hoito. Förlagsaktiebolaget Duodecim Oy, 263–268.
- Ahlström, L. och Hänninen J. (2004) Saattohoito kotona. I verket Vainio A. och Hietanen P. (red.) Palliatiivinen hoito, tukihoito, saattohoito, oireenmukainen hoito. Förlagsaktiebolaget Duodecim Oy, 317–332.
- Alanko, L. (2000) Saattohoito hoitokodissa. I verket Eriksson E. och Kuupelomäki M. (red.) Syöpää sairastavan potilaan hoitotyö. WSOY, 271–278.
- Antikainen R, Sandberg T (2009) Vaikea dementia johtaa kuolemaan. Kaleva 15.11.2009.
- Council of Europe (2003) Recommendation Rec. 24 of the Committee of Ministers to member states on the organisation of palliative care. The committee of experts, Strasbourg.
- EAPC (2007) Curriculum in Palliative Care for Undergraduate Medical Education. European Association for Palliative Care. [Http://www.eapcnet.org](http://www.eapcnet.org)
- EAPC (2009) White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1, Recommendations from the European Association for Palliative Care. European Journal of Palliative Care, 2009, 278–289.
- EAPC (2010) White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 2, Recommendations from the European Association for Palliative Care. European Journal of Palliative Care, 2010, 22–33.
- European Parliament (2007) Palliative Care in the European Union. Policy Department Economic and Scientific Policy. IP/A/ENVI/ST/2007–22.
- Hinkka, H. (2004) Saattohoito terveyskeskuksissa. I verket Vainio A. ja Hietanen P. (red.) Palliatiivinen hoito, tukihoito, saattohoito, oireenmukainen hoito. Förlagsaktiebolaget Duodecim Oy, 323–328.
- Holli, K. (2004) Palliatiivisen hoidon koulutus. I verket Vainio A. och Hietanen P. (red.) Palliatiivinen hoito, tukihoito, saattohoito, oireenmukainen hoito. Förlagsaktiebolaget Duodecim Oy, 344–346.

- Huhtinen, A. (2005) Epävalmiina ajassa ja hetkessä valmiina. Tutkimus kuolevan kohtaamiseen kasvamisesta. Akademisk avhandling. Lapplands universitet Rovaniemi.
- Hänninen, J. (2000) Saattohoito, Potilaan ja omaisen opas. Södra Finlands cancerförening, Terhostiftelsen, Helsingfors.
- Hänninen, J. (2004) Saattohoito. I verket Vainio A. och Hietanen P. (red.) Palliatiivinen hoito, tukihoito, saattohoito, oireenmukainen hoito. Förlagsaktiebolaget Duodecim Oy, 311–316.
- Hänninen, J. (2006) Hoitojen lopettaminen, nesteytys ja ravinto elämän lopulla. I verket Hänninen J. (red.) Elämän loppu vai kuoleman alku. Hoitopäätökset kuoleman lähestyessä. Förlagsaktiebolaget Duodecim Oy, 48–68.
- Jalonen, M. (2000) Valmistuvien sairaanhoitajaopiskelijoiden käsityksiä saattohoidosta. Pro gradu-avhandling. Åbo universitet. Institutionen för vårdvetenskap.
- Jaroma, A. (2000) Koulutus ja tuleva toiminta hoitotyössä, kysely kätilö-, sairaanhoitaja- ja terveydenhoitajaopiskelijoille. Kuopio universitets publikationer E, Samhällsvetenskap 83.
- Kuuppelomäki, M. (1996) Parantumaton syöpä sairastavien potilaiden kärsimyskokemukset ja selviytymistä tukevat toiminnot. Åbo universitets publikationer 124, Åbo.
- Kuuppelomäki, M. (2002) Kuolevan potilaan kivun hoito terveyskeskuksissa sairaanhoitajien arvioimana. Hoitotiede 5/2002, 243–253.
- Riktlinje för god medicinsk praxis (2008) Kuolevan potilaan oireiden hoito. (sv Behandling av en döende patients symptom) www.kaypahoito.fi/suositus-hoi50063.
- Laakkonen, M-L. och Pitkälä, K. (2006) Miten kohdata ja käsitellä iäkkäiden potilaiden elämän loppuvaiheen hoitotoiveita? I verket Hänninen, J. (red.). Elämän loppu vai kuoleman alku. Hoitopäätökset kuoleman lähestyessä. Förlagsaktiebolaget Duodecim Oy, 76–91.
- Medicinalstyrelsen (1982) Anvisningar om terminalvård. Nr 3024/02/80.
- Miettinen, T. (2001a) Palliative Care through Relatives' Eyes. University of Tampere and University of Helsinki, Universitetstryckeriet, Helsingfors.
- Miettinen, T. (2001b) Hyvä palliatiivinen hoito kuolevan potilaan elämänlaadun rikastajana – omaisen näkökulma. I verket Kaila A. (red.) Luovuuden liekki, laatua ja osaamista terveydenhuollossa. Östra-Finlands länsstyrelses publikationer nr 60, 57–64.
- Mikkonen, M. (2007) Saattohoidon laatu Terhokodissa omaisten arvioimana. Pro gradu, Institutionen för vårdvetenskap, Kuopio universitet, Kuopio.

- UVM. (2006) Ammattikorkeakoulutusta terveydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopintopisteet. Promemoria 24.
- Pahlman, I. (2003) Potilaan itsemääräämisoikeus. Edita Publishing Ab, Helsingfors.
- Pahlman, I. (2004) Kuolema juridisena käsitteenä. I verket Vainio A. och Hietanen P. (red.). Palliatiivinen hoito, tukihoito, saattohoito, oireenmukainen hoito. Förlagsaktiebolaget Duodecim Oy, 349–351.
- Pahlman, I. (2004) Lääkärin päätösvalta ja potilaan oikeudet. I verket Vainio A. och Hietanen P. (red.). Palliatiivinen hoito, tukihoito, saattohoito, oireenmukainen hoito. Förlagsaktiebolaget Duodecim Oy, 352–366.
- Pahlman, I. (2006) Eutanasia juridisena kysymyksenä. I verket Hänninen J. (red.). Elämän loppu vai kuoleman alku. Hoitopäätökset kuoleman lähestyessä. Förlagsaktiebolaget Duodecim Oy, 154–167.
- Räisänen, A. (2002) Hoitotyöntekijöiksi valmistuvien osaaminen. Åbo universitet, serie C del 178.
- Salonen, I. (2008) Saattohoito tarjoaa hoivaa ja turvaa. *Terveydeksi* 4/2008, 26–32.
- Sirkiä, K. (2006) Lapsen kuolema. I verket Hänninen, J. (red.). Elämän loppu vai kuoleman alku. Hoitopäätökset kuoleman lähestyessä. Förlagsaktiebolaget Duodecim Oy, 69–75.
- Social- och hälsovårdsministeriet 2009, Potilaan hoitopolku sujuvammaksi saattohoidossa. Meddelande 75/2009. 6.3.2009.
- Social- och hälsovårdsministeriet 2010, Syövän hoidon kehittäminen vuosina 2010 -2020. Rapport av arbetsgruppen. Rapporter 2010:6.
- Finlands Läkarförbund (2007) Specialkompetens i palliativ medicin. <http://www.laakariliitto.fi/koulutus>
- Toppinen, P. 2004, ETENE:n selvitys terveydenhuollon käytössä olevista saattohoito-ohjeista. Verk: ETENE 2004, Etiska frågor inom hälso- och sjukvården i samband med död (på finska), 33–36.
- Vainio, A. (2004) Saattohoidon kehittäminen sairaalassa. I verket Vainio A. och Hietanen P. (red.) Palliatiivinen hoito, tukihoito, saattohoito, oireenmukainen hoito. Förlagsaktiebolaget Duodecim Oy, 329–335.
- Riksomfattande etiska delegationen inom hälso- och sjukvården (2001) Gemensam värdegrund, gemensamma mål och gemensamma principer för hälso- och sjukvården. ETENE:s publikationer 1.
- Riksomfattande etiska delegationen inom hälso- och sjukvården (2001) Etiska frågor inom hälso- och sjukvården i samband med död. ETENE:s publikationer 4.

Riksomfattande delegationen inom hälso- och sjukvården (2003) Terminalvård. ETENE:s publikationer 8.

Riksomfattande delegationen inom hälso- och sjukvården (2008) Ålderdom och etik inom vården. ETENE:s publikationer 20.

WHO (2002) National Cancer Control Programmes, Policies and managerial guidelines.

Förenta Nationerna (1975) Deklaration om den döende människans rättigheter.

Lagar och förordningar

Folkhälsolagen 66/1979.

Lagen om specialiserad sjukvård 1062/1989.

Lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården 812/2009.

Lagen om intressebevakningsfullmakt 648/2007.

Lagen om patientens ställning och rättigheter 785/1992 och ändringarna i denna.

Lagen om utredande av dödsorsak 459/1973 och ändringarna i denna.

Socialvårdslagen 710/1982.

Social- och hälsovårdsministeriets förordning om upprättande av journalhandlingar samt om förvaring av dem och annat material som hänför sig till vård 99/2001.

Förordningen om utredande av dödsorsak 948/1973.

Social- och hälsovårdsministeriets förordning om dödsriterierna 27/2004.

Publicerade källor

Hämäläinen, P. (2001) Utredning om instruktionerna för terminalvård. ETENE, kompendium.

Turkka, H (2009) Sjukvårdsdistriktens och storstädernas planer för terminalvård. ETENE, kompendium.

BILAGA I

ARBETSMÖTE OM GOD TERMINALVÅRD

Tidpunkt 4.3.2009, kl. 9.00–12.00

Plats SHM, Sjötullsgatan 8, Sjötullen

Deltagare

Bästa mottagare

Välkommen till en rundabordsdiskussion där vi genom expertanföranden och diskussioner skapar innehåll för att utveckla den finländska terminalvården. Olika instanser utför ett gott och förtjänstfullt terminalvårdsarbete. Terminalvården måste dock vidareutvecklas, speciellt inom den offentliga sektorn.

Vi skickar mötets föredragningslista och deltagarförteckning som bilaga till er. Syftet med mötet är i första hand att föra en mångfasetterad diskussion om terminalvård. Vi ber att de begärda anföranden begränsas till fem minuter. Vi hoppas att vi får ett papper som beskriver era synpunkter (sammanfattning av de viktigaste punkterna, ett A4) till vårt förfogande före mötet. Vi ber att ni skickar den till Aira Pihlainen (aira.pihlainen@stm.fi) **senast fredagen den 27 februari 2009.**

Vi kommer att göra en skriftlig sammanfattning av anförandena och diskussionen. I kombination med litteraturoversikten och de befintliga riktlinjerna kommer sammanfattningen att skapa en grund för utvecklingen av god terminalvård i Finland.

Välkommen!

Omsorgsminister

Paula Risikko

Ytterligare information:

Generalsekreterare för Riksomfattande etiska delegationen inom hälso- och sjukvården, överinspektör

Aira Pihlainen, tfn + 358 9160 738 34 mobil +358 50 370 65 21

FÖREDRAGNINGSLISTA

Ordförande Eija Koivuranta, SHM

8.30 **Anmälning och morgonkaffe**

9.00 **Arbetsmötet öppnas**

Omsorgsminister Paula Risikko

15.15 Nationella utvecklingslinjer för terminalvården

Etiska utvecklingsbehov för terminalvården

Generalsekreterare Aira Pihlainen, SHM/ETENE

Juridiska och etiska ramvillkor för terminalvården

Forsknings- och nätverksdirektören inom välfärd Irma Pahlman,
Kuopio universitet

Finlands nationella cancerplan

Generalsekreterare Harri Vertio, Cancerföreningen i Finland

Medias behov av information om terminalvård

Redaktör Ilpo Salonen, Yhtyneet Kuvalehdet

Diskussion

9.45 **God terminalvård – brist på likvärdighet som utmaning**

Terminalvård från människa till människa

Sjukhuspastor Virpi Sipola, Helsingfors kyrkliga samfällighet

God terminalvård på hospice

Överskötare Mirja-Sisko Anttonen, Terhohemmet

Terminalvård ur organisationsarbetets och de anhörigas synvinkel

Verksamhetsledare Pertti Paakkanen, Andningsförbundet Heli

Diskussion

10.15 De yrkesutbildade personerna inom hälso- och sjukvården – kompetens i terminalvård

Undervisning i terminalvård i läkarutbildningen
Professor Kaija Holli, Tammerfors universitet

Utbildning i terminalvård till vårdpersonalen inom hälso- och sjukvården
Lektor Irja Murtonen, Birkalands yrkeshögskola

Diskussion

10.40 Ordnande av terminalvården i den finländska hälso- och sjukvården – är resurserna ett hinder?

Kriterier för god terminalvård
Överläkare Juha Hänninen, Terhohemmet

Ordnande av terminalvård och resursfördelning på universitetscentralsjukhuset
Professor Kaija Holli, Tammerfors universitet

Ordnande av terminalvård och resursfördelning i sjukvårdsdistriktet
Aki Linden, chef för Egentliga Finlands sjukvårdsdistrikt

Ordnande av terminalvård och resursfördelning i långvården
Annikki Thoden, chef för långvården, Helsingfors stad

Diskussion

11.20 Sammanfattande diskussion – Hur gå vidare? Ordförande Eija Koivuranta

12.00 Mötet avslutas och lunchsallad i mötesrummet

MÖTETS DELTAGARE

- 1 Överläkare Juha Hänninen, Terhohemmet, Helsingfors
- 2 Överskötare Mirja-Sisko Anttonen, Terhohemmet, Helsingfors
- 3 Generalsekreterare Harri Vertio, Cancerföreningen i Finland, Helsingfors
- 4 Sjukvårdsdistriktschef Aki Linden, Egentliga Finlands sjukvårdsdistrikt, Åbo
- 5 Professor Kaija Holli, Tammerfors universitet, Tammerfors
- 6 Lektor Irja Murtonen, Birkalands yrkeshögskola, Tammerfors
- 7 Sjukhuspastor Virpi Sipola, Helsingfors kyrkliga samfällighet, Helsingfors

- 8 Verksamhetsledare Pertti Paakkinen, Andningsförbundet Heli, Helsingfors
- 9 Annikki Thoden, chef för långvården, Helsingfors stad
- 10 Forsknings- och nätverksdirektören inom välfärd Irma Pahlman, Kuopio universitet
- 11 Redaktör Ilpo Salonen, Yhtyneet Kuvalehdet, Kynämies

Social- och hälsovårdsministeriet

Omsorgsminister Paula Risikko

Direktör Eija Koivuranta

Konsultativa tjänstemannen Päivi Voutilainen

ETENE:s generalsekreterare Aira Pihlainen

Medicinalråd Erna Snellman

Docent Ritva Halila (tjänstledig SHM)

BILAGA 2

ARBETSGRUPPEN SOM BERETT REKOMMENDATIONERNA FÖR TERMINALVÅRDEN OCH DE INSTANSER OCH PERSONER SOM HÖRTS OM REKOMMENDATIONERNA FÖR TERMINALVÅRDEN

Arbetsgruppen som utarbetat rekommendationerna för terminalvård:

Överläkare Juha Hänninen, Terhohemmet
Överskötare Mirja-Sisko Anttonen, Terhohemmet
Harriet Finne-Soveri, chef för enheten för äldre service vid THL
Generalsekreterare Aira Pihlainen ETENE

Skriftlig respons på rekommendationerna har begärts av:

Arbetsmötet 4.3.2009 SHM:s experter (bilaga 1)
ETENE:s medlemmar och suppleanter (www.etene.org)
Redaktör Tiina Merikanto
HvD Terhi Miettinen
Specialisten i allmänmedicin Heikki Roilas
Överlärare Merja Sankelo
Chef Tiina Surakka
Konsultativa tjänstemannen Päivi Kaartamo
Konsultativa tjänstemannen Pirjo Sarvimäki
Konsultativa tjänstemannen Marjukka Vallimies-Patomäki

BILAGA 3

Enligt sändlista

REKOMMENDATIONER FÖR GOD TERMINALVÅRD

Social- och hälsovårdsministeriet har berett en rapport om terminalvården och rekommendationer för att genomföra terminalvård. Vid beredningen av rapporten har man hört sakkunniga, gjort en utredning om situationen när det gäller sjukvårdsdistriktens och storstädernas planer för terminalvård samt berett rekommendationer för genomförandet av terminalvården.

Vi har reserverat möjlighet för er att uttrycka era synpunkter på de föreslagna rekommendationerna för terminalvård. I ert utlåtande önskar vi att ni granskar de föreslagna rekommendationerna för terminalvård ur verkställighetssynpunkt och ser över eventuella kostnader och övriga behov av att ändra praxis inom er region.

Vi ber er skicka utlåtanden före **19.3.2010** per e-post till adressen aira.pihlainen@stm.fi eller till adressen Social- och hälsovårdsministeriet, Riksomfattande etiska delegationen inom social- och hälsovården, generalsekreterare Aira Pihlainen, PB 33, 00023, Statsrådet.

Generalsekreterare Aira Pihlainen ger vid behov ytterligare information, e-post eller tfn (09) 160 738 34 eller 050 370 65 21.

Direktör Eija Koivuranta

Generalsekreterare Aira Pihlainen

BILAGOR

Utkast Rekommendation för terminalvård på basis av rapporten

SÄNDLISTA

Finlands kommunförbund
Södra Karelens sjukvårdsdistrikt
Syd-Österbottens sjukvårdsdistrikt
Södra Savolax sjukvårdsdistrikt
Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt

Östra Savolax sjukvårdsdistrikt
Kajanalands sjukvårdsdistrikt
Centrala Tavastlands sjukvårdsdistrikt
Mellersta Österbottens sjukvårdsdistrikt
Mellersta Finlands sjukvårdsdistrikt
Kymmenedalens sjukvårdsdistrikt
Lapplands sjukvårdsdistrikt
Länsi-Pohja sjukvårdsdistrikt
Birkalands sjukvårdsdistrikt
Norra Karelen sjukvårdsdistrikt
Norra Österbottens sjukvårdsdistrikt
Norra Savolax sjukvårdsdistrikt
Päijät-Häme sjukvårdsdistrikt
Satakunta sjukvårdsdistrikt
Vasa sjukvårdsdistrikt
Egentliga Finlands sjukvårdsdistrikt
Esbo
Helsingfors
Tavastehus
Joensuu
Jyväskylä
Lahtis
Villmanstrand
Kouvola
Kotka
Kuopio
S:t Michel
Uleåborg
Björneborg
Rovaniemi
Salo
Seinäjoke
Tammerfors
Åbo
Vasa
Vanda
Reform av vård och omsorg dygnet runt för äldre personer, kommunala
företrädare för SHM:s arbetsgrupp.

FÖR KÄNNEDOM ETENE:s rapport: Turkia H 2009, Sjukvårdsdistriktens
och storstädernas planer för terminalvård. Kompendium. (Opublicerat.)